FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

# THÈSE

N° 183

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Emmanuel VALLÉE**

Externe des Hôpitaux de Paris,
Licencié ès-sciences.
Né à St-James (Manche), le 25 Mars 1892.

---

# ÉTAT ACTUEL DES POUPONNIÈRES

ET

# ASILE DE DÉBILES DE MÉDAN

---

*Président* : M. MARFAN, *Professeur.*

---

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1920

# *Faculté de Médecine de Paris*

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

| | |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNEO. |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Bactériologie | BESANCON |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BRUMPT |
| Pathologie et Thérapeutique générales | N. |
| Pathologie médicale | VAQUEZ |
| Pathologie chirurgicale | GOSSET |
| Anatomie pathologique | LETULLE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | DUVAL |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | CARNOT |
| Hygiène | BERNARD |
| Médecine légale | BALTHAZARD |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN |
| Clinique des maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DUPRÉ |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME |
| Clinique des maladies du système nerveux | P. MARIE |
| Clinique des maladies contagieuses | TEISSIER |
| Clinique chirurgicale | DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | J. L. FAURE |
| Clinique chirurgicale infantile | BROCA |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN |
| Clinique d'Oto-rhino laryngologie | SEBILEAU. |

**Agrégés en exercice**

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | JEANNIN | LOEPER | ROUVIERE |
| BRANCA | JOUSSET (A.) | MOCQUOT | SCHWARTZ |
| CAMUS | LABBE (Henri) | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LAIGNEL-LAVASTINE | NOBECOURT | TANON |
| CHAMPY | LANGLOIS | OKINCZYC | TERRIEN |
| CHEVASSU | LECENE | OMBREDANNE | TIFFENEAU |
| DESMAREST | LEMIERRE | RATHERY | VILLARET |
| GOUGEROT | LENORMANT | RETTERER | ZIMMERN |
| GREGOIRE | LEQUEUX | RIBIERRE | |
| GUENIOT | LEREBOULLET | RICHAUD | |
| GUILLAIN | LERI | ROUSSY | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A mon Père, a ma Mère

*Témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.*

A mon Frère CLÉMENT

Mort au Champ d'Honneur.

A la Mémoire de ma Sœur EMMA

A mon Frère, a ma Sœur

A mon Oncle, le Docteur VALLAIS

Meis et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades,
Professeur de Clinique de la 1re Enfance,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

À MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR MÉRY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades,
Médecin-chef de la Pouponnière de Médan,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.*
*Témoignage de respectueuse reconnaissance.*

À M. LE DOCTEUR GÉNÉVRIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

*Qui m'a dirigé dans l'élaboration de ce travail.*

## A mes Maîtres dans les Hôpitaux

---

Mes Maîtres de l'Hôpital Maritime de Brest (année 1910-1911).

M. le Docteur Dayot, professeur à l'École de Médecine de Rennes (externat 1911-1912).

M. le Professeur Gilbert, médecin de l'Hôtel-Dieu (stage 1912-1913).

M. le Docteur Michon, chirurgien de l'Hôpital Cochin (externat 1913-1914).

M. le Docteur Josué, médecin de l'Hôpital de la Pitié (externat 1914).

M. le Professeur agrégé Brindeau, accoucheur à la Maternité de la Pitié (stage 1919).

M. le Professeur agrégé Méry, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades (externat 1919-1920).

A Messieurs les Docteurs Bailleul, Pierre Ménard (in memoriam), Métivet.

# INTRODUCTION

La guerre est venue aggraver le problème de la dépopulation à un point tel, que d'après les statistiques officielles, le chiffre des décès était en 1917 presque le double de celui des naissances, non compris les morts des champs de bataille. Certes, depuis la démobilisation la situation s'est améliorée, mais en admettant même que nous revenions aux statistiques d'avant-guerre, où le chiffre des naissances excédait à peine celui des décès, il nous serait impossible de compenser nos pertes.

Or, les efforts tentés jusqu'à ce jour pour augmenter la natalité sont restés infructueux ; le seul moyen d'atténuer d'une façon efficace la crise de la dépopulation est d'abaisser la mortalité et principalement celle de la première enfance.

Grâce aux efforts entrepris par Roussel, P. Strauss au Parlement, Budin, Pinard et tous ceux qui ont pris part à ce grand mouvement pour le sauvetage de l'enfance, on était arrivé à de grands résultats, puisque dans la première enfance la mortalité s'était abaissée de 250

à 150 p. 1.000. Mais il faut que cet effort persiste et l'on doit obtenir, comme l'a dit M. le Professeur Marfan, que 40.000 existences soient encore sauvées de la mort.

Il semble en effet qu'en ce moment un mouvement incontestable s'effectue dans ce sens.

Les grandes sociétés de la Croix-Rouge, toutes les nombreuses associations fondées pendant la guerre pour venir en aide aux poilus, ont compris que la guerre terminée, leur rôle ne serait pas achevé; il fallait songer à l'avenir du pays, et en particulier, protéger l'enfance.

On s'est rendu compte qu'il fallait développer les ouvroirs et refuges pour femmes enceintes, les cantines maternelles, les crèches, les garderies, les visiteuses à domicile, les consultations de nourrissons, les pouponnières.

C'est cette dernière œuvre de protection de l'enfance que nous allons étudier en montrant quel est, à l'heure actuelle, l'état de ces pouponnières et en faisant ressortir leur utilité.

Puis nous étudierons le fonctionnement de la pouponnière de Médan, bien que son but spécial soit de favoriser la convalescence des nourrissons débiles et malades. Les résultats qui y sont obtenus sont assez favorables pour que cette organisation soit prise comme modèle.

D'autre part, les dangers inhérents à toute agglomération d'enfants y sont particulièrement marqués et nous aurons à signaler les remèdes qu'il conviendrait d'apporter à ce fâcheux état de choses.

## ETAT ACTUEL DES POUPONNIÈRES

### Utilité des pouponnières.

A l'heure actuelle, on sait que l'élevage des nourrissons dans les pouponnières rend les services les plus appréciables, et qu'en conséquence, les pouponnières qui ne sont comme on l'a justement dit « qu'un pis aller » peuvent malgré tout à cette heure de grande disette de vies humaines jouer un rôle important.

En effet, les bienfaits que l'on peut demander à cette organisation s'adressent à la catégorie d'enfants qui meurent le plus dans la première enfance, à la catégorie sociale des enfants que de dures nécessités éloignent de la sollicitude maternelle.

Chez ceux-là, la mortalité est effrayante puisqu'elle a pu être évaluée à 50 ou 60 p. 100.

Or, 16.000 enfants étaient avant la guerre à Paris, abandonnés par des parents à des femmes imbues pour la plupart de tous les préjugés les plus dangereux, à des nourrices n'envisageant dans l'admission de l'enfant qu'un objet de rapport.

Combien d'enfants ne seraient pas morts, si en offrant à la mère un lieu d'asile, on avait empêché ou du moins diminué l'exode de ces petits vers ces mères mercenaires.

Certes, depuis la guerre, la situation est changée et le nombre d'enfants envoyés en nourrice par suite de la diminution de ces femmes mercenaires s'est considérablement restreint. Par là même, la loi Roussel a pu agir d'une façon plus efficace.

Mais alors il est devenu très difficile aux mères de placer leur enfant; c'est ce que nous voyons à chaque instant dans nos consultations de nourrissons des services hospitaliers. Or, la mère qui doit travailler pour vivre, se trouve devant un problème angoissant : abandonner l'enfant ou abandonner le travail.

C'est dans ce but que les pouponnières peuvent, à l'heure actuelle, en suppléant au déficit des nourrices mercenaires rendre les plus grands services.

On a reproché et on reproche encore aux pouponnières de favoriser l'allaitement artificiel au détriment de l'allaitement maternel. Non! C'est un but parallèle que l'on poursuit; car qu'est-ce qu'une pouponnière? Un établissement d'assistance destiné à élever des enfants qui ne pourraient recevoir chez leurs parents les soins et l'allaitement nécessaires à la première enfance. Et même on pourra remarquer que certaines d'entre elles favorisent cet allaitement.

D'ailleurs comme le disait le Docteur Variot (1) : « étant donné notre état social, nous aurons toujours un grand

(1) *Clinique infantile*, n° du 15 Mai 1904.

nombre d'enfants au biberon et nous devons par conséquent nous efforcer de perfectionner l'allaitement artificiel ».

Le Docteur Lesage faisait aussi remarquer en Juin 1919 à la Ligue contre la mortalité infantile, que sur 700 femmes reçues au Patronage franco-américain du 14e arrrondissement, 50 avaient des enfants qui étaient voués à l'allaitement artificiel.

C'est pour toutes ces raisons que la création de ce mode d'assistance répond à une nécessité et qu'on veut à l'heure actuelle en favoriser le développement.

**Les principales pouponnières créées en France.**

La première pouponnière fut fondée en France à Rueil, en 1891, par Mmes C. Charpentier et E. Manuel, puis transportée à Porchefontaine en 1893.

Quelques années avant la guerre, d'autres furent créées parmi lesquelles on peut citer :

La pouponnière de Montgeron, fondée par Mme la duchesse d'Uzès et dirigée par le Docteur Lesage.

La pouponnière de Médan, fondée en 1907 par l'Assistance publique.

La pouponnière de Boulogne-sur-Mer, fondée par le docteur Aigre.

La pouponnière de Dieppe, fondée par le Docteur Poupart.

Citons encore celle de Chaville, de Fénelon-Charles à Paris et les établissements similaires créés à Dijon, Villeneuve-sur-Lot, Lyon et Bordeaux.

Mais quelques-unes d'entre elles eurent une existence éphémère par suite du manque de ressources financières.

Depuis la guerre, on en voit se créer de toutes parts :

En Juillet 1917, l'Entr'aide des femmes françaises fondée par Mme Thaleimer, infirmière-major d'un des services du Grand Palais, a entrepris la création de pouponnières, avec la collaboration des divers établissements universitaires enseignant la puériculture.

C'est ainsi qu'était créée dans Paris, rue de la Cité aux Fleurs, une pouponnière de 20 berceaux; une autre va s'ouvrir prochainement à Boulogne-sur-Seine.

Puis, c'est le Comité central des pouponnières affilié comme la précédente à la Ligue contre la Mortalité infantile, qui se constitue pour fonder des établissements de ce genre, et donner des conseils aux municipalités et aux œuvres qui voudraient en fonder.

L'Union des Femmes Françaises prenait dernièrement en mains la Maternité Ouvrière de Levallois et de Neuilly pour y créer une pouponnière sous la direction du Docteur Wilborts.

D'autres entreprennent de transformer en pouponnières certaines crèches qui ne répondent plus au but qu'on s'était proposé.

Et un peu partout à Paris, comme en province, le mouvement se généralise.

Citons la pouponnière de Strasbourg qui comme organisation et comme fonctionnement, peut être considérée comme un modèle du genre.

## Divers types de pouponnières.

A l'heure actuelle, 2 types se dégagent :
1° Les pouponnières à allaitement mixte.
2° Les pouponnières à allaitement artificiel.

### *Pouponnières à allaitement mixte.*

Le but de ces premières est comme l'a dit le Docteur Raimondi « de recueillir les mères malheureuses, les filles-mères en particulier, et de leur donner à élever concurremment avec leurs propres enfants, les enfants des femmes qui ne peuvent nourrir, celles-ci par les redevances qu'elles paient à l'établissement contribuent à élever leurs enfants et ceux des nourrices qui les leur élèvent ».

Le type de ces pouponnières est Porchefontaine qui, par les soins de sa présidente Mme Veil-Picard et sous la direction du Docteur Raimondi a donné les meilleurs résultats.

Un nourrisson qui entre est mis au sein le 1er mois; après quoi l'allaitement est mixte, moitié sein, moitié biberon. Le lait est fourni par des vaches soignées dans une étable voisine.

D'ailleurs, la description en a été entièrement donnée dans la thèse du Docteur Peraldi.

La pouponnière de Strasbourg rentre aussi dans ce type.

### *Pouponnières à allaitement artificiel.*

Le type en est fourni par la pouponnière de Medan que nous décrirons en détail et par la pouponnière de la Cité-aux-Fleurs.

Celle-ci fondée par l'Entr'aide des Femmes françaises en 1917 et dirigée par le Docteur Lescudié comprend 20 berceaux. 70 enfants ont déjà profité de cette œuvre.

Mais la difficulté que rencontrent ces pouponnières installées dans les villes, est l'impossibilité de se procurer du lait frais; aussi nous ferons remarquer en passant, l'avantage de la situation de l'asile de Médan.

A côté de ces 2 types, on pourrait ajouter un type mixte : telle l'organisation prévue à la pouponnière de Levallois-Perret.

L'allaitement y est en effet artificiel, mais on encourage, on oblige dans la mesure du possible les mères à venir allaiter leur enfant plusieurs fois dans la journée. On arrive même, en favorisant par certains subsides, à faire profiter du sein un petit pensionnaire.

Ce type n'est bien entendu possible qu'au milieu des agglomérations ouvrières.

Il semble qu'il y aurait avantage de façon à équilibrer les nécessités budgétaires et l'organisation d'une surveillance qui doit être active et familiale, à ce que le nombre d'enfants ne dépasse pas 30 à 40 pour les pouponnières à allaitement artificiel, 60 à 80 avec 20 ou 30 mères pour les pouponnières à allaitement mixte.

*
* *

Nous n'insisterons pas davantage sur l'organisation de ces différentes œuvres nous réservant de donner ces détails de fonctionnement à propos de l'étude de la pouponnière de Médan.

Les renseignements et les statistiques nous ont été fournis par M. le Docteur Méry, médecin chef de la pouponnière et par Mme Gombeint qui dirige l'œuvre depuis sa création avec un zèle et un dévouement inlassables.

Ces renseignements ont été pris en particulier dans les deux communications faites à la Société de Pédiatrie l'une à la séance du 20 Avril 1909 par M. Méry et Mlle Szczwinska, l'autre à la séance du 14 Janvier 1913 par MM. Méry et Malhéné; et la communication faite par M. Méry à l'Académie de Médecine dans la séance du 4 Février 1919.

## ASILE DE DÉBILES DE MÉDAN
## (FONDATION ZOLA)

L'asile de débiles de Médan a été créé par l'Assistance publique en Septembre 1917, sous l'inspiration de M. le Professeur agrégé Méry, médecin de l'Hôpital des Enfants Malades.

Cet asile est établi dans la maison de campagne du grand écrivain Emile Zola. Mme Zola, en faisait le don généreux à l'Assistance, affirmant par un tel acte la pensée de celui qui fut toujours tourné vers les humbles.

Médan, petit village de Seine-et-Oise, se trouve à flanc de côteau sur les bords de la Seine, près de la station de Villennes-sur-Seine.

Le climat est celui de la région parisienne, doux et tempéré.

L'asile occupe là, au milieu du village, une magnifique villa surélevée à 2 étages, construite en pierres meulières, à façade dirigée presque directement à l'ouest. Derrière s'étendant jusqu'à la Seine se trouve un grand jardin avec une serre.

### *But de l'œuvre.*

Son but est de fournir aux nourrissons débiles, aux enfants atrophiques, et surtout à ceux dont l'atrophie est la conséqnence de troubles digestifs, une alimentation convenable, une aération suffisante, une surveillance attentive pendant cette période si longue qu'exige le retour à la santé de ces nourrissons.

Ce n'est pas à la crèche d'hôpital qu'il faut espérer trouver ces conditions.

Certains aliments, en particulier le lait cru, ne peut être fourni à l'hôpital. L'aération est impossible, les nécessités du service, l'insuffisance du personnel, l'absence de locaux rendent impraticables la sortie des enfants.

La plupart du temps même, on ne les prend pas sur les bras. Ils sont condamnés à passer la journée au fond d'un berceau dans une salle trop étroite où l'on trouve le plus souvent au lieu de l'aération, les méfaits de l'encombrement avec ses conséquences fatales et l'arrivée d'infections intercurrentes.

Les nourrissons ne doivent y faire que des séjours courts pendant la période aiguë des troubles digestifs.

Ce qui est impossible à l'hôpital, il serait permis de penser que la mère peut le réaliser, guidée par le conseil d'un médecin, par l'aide des consultations de nourrissons et par les secours en aliments, qu'on pourra lui donner.

Il est évident que dans un certain nombre de cas, les

consultations de nourrissons malades aux hôpitaux d'enfants donnent à cet égard des résultats des plus heureux.

Mais la cure de réalimentation dans la famille surveillée par le médecin est-elle possible pour tous les enfants?

Il n'est pas douteux que quoique l'on fasse, il y en a un certain nombre pour lesquels elle sera insuffisante pour deux raisons :

La première c'est l'impossibilité matérielle pour un certain nombre de mères de donner à leurs enfants le temps et la surveillance nécessaires soit que cela tienne à la situation sociale de la mère, à ses emplois, quelquefois aussi au manque de soins attentifs.

La seconde, c'est la difficulté inhérente au sujet, à la délicatesse de son tube digestif qui rendra cette cure à peu près impossible dans la famille. C'est le cas de ces vomisseurs si fréquents, soit qu'il s'agisse d'intolérance gastrique due à la suralimentation, soit que des phénomènes de spasme pylorique s'y soient joints.

Dans ces deux cas, malgré la bonne volonté des parents, il y a impossibilité matérielle à obtenir un résultat efficace, et tout en ne l'admettant qu'à contre-cœur, la séparation de la famille s'impose si l'on veut sauver l'existence de l'enfant

### *Fonctionnement de l'asile.*

**Disposition du bâtiment.** — L'asile peut recevoir 35 enfants en moyenne avec les améliorations qu'il

y aurait lieu d'y apporter, ce chiffre pourrait être porté à 45.

Au rez-de-chaussée, se trouve la cuisine et la salle à manger des infirmières, servant aussi de salle d'attente. Une vaste chambre de 16 lits pour les enfants les plus âgés, une salle de bains.

Au 1er étage, c'est le lazaret comprenant 7 lits, une salle de bains, une infirmerie de 2 ou 3 lits.

Au 2e étage, une grande chambre de 12 lits pour les plus jeunes avec salle de bains.

Toutes ces salles sont spacieuses et contiennent un nombre de mètres cubes d'air largement suffisant.

Il existe une installation d'eau chaude et d'eau froide dans toutes les pièces ainsi que le chauffage central.

**Admission.** — Seuls les enfants habitant Paris sont admis. Ces enfants doivent être âgés de un jour à deux ans. Ils sont choisis de préférence parmi les nourrissons hospitalisés dans les crèches des hôpitaux d'enfants et atteints d'affections chroniques du tube digestif.

On peut également y envoyer des enfants suivant les consultations des nourrissons des services hospitaliers et qui, malgré la surveillance établie, ne peuvent être améliorés dans leur famille. Ceux-ci sont tout d'abord reçus dans les diverses services d'enfants, le plus souvent aux Enfants-Malades dans le service de M. Méry, et après examen médical, préalable, sont conduits à la fondation Zola.

Une enquête est faite auparavant pour savoir si pendant les trois semaines qui précèdent leur entrée, il n'y

a pas eu dans leur entourage, des enfants atteints d'affections contagieuses. Nous verrons plus loin que cette condition est insuffisante tant que d'autres dispositions ne seront pas prises à la pouponnière.

**Régime de l'établissement.** — Tout entrant est conduit au lazaret où il séjourne 21 jours. Après quoi, il est mis dans une des deux grandes salles.

Pour les enfants de ces salles, le lever a lieu à 7 heures. A 8 heures, ils sont conduits l'hiver dans une serre où ils restent jusqu'à 4 heures le soir. Cette serre aménagée spécialement pour que les enfants y puissent séjourner continuellement, est exposé au soleil du midi.

L'été, toute la journée se passe dehors sur les pelouses ou sous une tente si le temps ne le permet pas.

Puis durant toutes ces heures, les chambres sont nettoyées, fortement aérées par des courants d'air, désinfectées s'il y a lieu.

Cette question d'aération joue un rôle capital dans l'élevage des nourrissons, le séjour alternatif dans une serre ou en plein air d'une part, dans des appartements spacieux où l'air est renouvelé d'autre part, est un des principaux bien-être de l'asile.

D'ailleurs, quand les enfants ne sortent pas; ils n'augmentent pas de poids; la courbe remonte dès que les sorties sont reprises, et cela sans aucune variation dans la ration alimentaire. L'importance de l'aération pour les guérisons des infections cutanées est aussi très remarquable.

***Personnel.*** — Le personnel est bien entendu fourni par l'Assistance publique. Il se compose pour ce qui a trait aux enfants eux-mêmes, d'une surveillante directrice, d'une surveillante adjointe, d'une infirmière pour chacune des deux grandes chambres et une pour le lazaret et l'infirmerie.

***Alimentation.*** — La base de l'alimentation est le *lait de vache cru et frais* ; le lait provient de trois vaches appartenant à l'asile ; les vaches sont nourries ainsi :

LE MATIN

| | |
|---|---|
| Un mélange cru de son..... | 10 litres |
| Farine d'orge..... | 500 gr. |
| Farine d'avoine..... | 250 gr. |
| Pommes de terre..... | 4 kilos |

LE SOIR

| | |
|---|---|
| Un mélange cru de son ..... | 10 litres |
| Farine d'orge..... | 500 gr. |
| — d'avoine..... | 250 gr. |
| — de maïs..... | 2 kilos |
| — de lentilles..... | 500 gr. |
| Pommes de terre cuites à part . | 500 gr. |

En été, les pommes de terres sont remplacées par 5 kilos de luzerne fraîche.

La quantité de lait fourni est de 10 à 12 litres ; le lait est relativement peu riche en caséine et en beurre. La quantité moyenne est, en effet, généralement au-dessous de 35 grammes par litre.

La traite se fait dans une salle spéciale avec la propreté la plus rigoureuse; le lait filtré sur étamine est distribué dans des biberons.

Il y a six traites par jour de façon qu'à chaque repas le lait soit frais.

Les vaches sont traites alternativement, si bien que chaque bête n'est traite que deux fois dans la journée.

L'analyse de ce lait a montré la présence de microbes normaux de fermentation lactique et un petit nombre de streptocoques et de colibacilles. Toutefois, l'été pendant les grandes chaleurs, le lait est stérilisé au bain-marie.

L'alimentation est ainsi conduite : chaque entrant, au bout de 24 à 48 heures, est mis au bouillon de légumes préparé suivant la formule du Docteur Méry. S'il n'y a pas de troubles digestifs, on donne du lait cru, mais le plus souvent pour un tout jeune enfant, on l'associe à 1/4 ou 1/3 de bouillie maltée, puis on diminue à mesure que l'enfant avance en âge jusqu'à mettre totalité de lait cru, ou bien dans quelques cas on se sert de lait caillé suivant la formule du Professeur Metchnikoff ou de lait homogénéisé.

***Préparation de la bouillie maltée.*** — D'un usage courant à la pouponnière, voici comment on la prépare d'une façon simple :

Pour un litre de bouillie, on ajoute 700 grammes d'eau à 300 grammes de lait. Avant de mettre sur le feu on prélève 200 grammes de ce mélange pour faire une pâte avec 80 grammes de farine de riz.

Lorsque le mélange eau et lait sera à l'ébullition y

verser doucement et en tournant la pâte de farine de riz.

On laisse bouillir 30 minutes en ayant soin de tourner la bouillie.

Ensuite on refroidit à 70° et on ajoute 10 grammes d'extrait de Malt; on agite jusqu'à liquéfaction, puis on reporte la bouillie à l'ébullition et on ajoute 50 grammes de sucre.

*Ration alimentaire.* — Comme ration alimentaire journalière, on donne une quantité égale en poids au dixième du poids de l'enfant auquel on ajoute 150 grammes; si bien que ces rations sont d'autant plus fortes proportionnellement que l'enfant est plus jeune; cette ration est divisée en six repas :

A 7 mois, un des biberons est remplacé par une bouillie au lait faite avec une cuillerée à café de farine de riz.

A 8 mois, la bouillie est faite avec deux cuillerées à café que le nourrisson mange à la cuillère.

A 9 mois, on remplace deux biberons par deux bouillies faites avec une cuillerée à soupe de farine de riz.

A 1 an, deux bouillies, quatre biberons et un jaune d'œuf.

De 12 à 15 mois, un potage au lait, deux bouillies, trois biberons.

A partir de 15 mois, le nombre des repas est réduit à 5.

Le matin, une bouillie.

A 11 heures, purée de pommes de terre, de pois ou des nouilles et un œuf.

A 3 heures, soupe de viande de Marfan ; le soir, deux biberons de lait.

Voici, pour l'alimentation normale.

Si on est en présence de troubles gastriques, le régime est modifié suivant le cas.

Et on a vu fréquemment, en particulier des eczémas, des infections de la peau, qui avaient résisté à toute médication externe, regresser à l'asile sous l'influence du régime.

Pour la préparation des biberons, pour les bouillies, une infirmière est spécialement occupée dans un local affecté à ce sujet.

**Pesées.** — Les pesées ont lieu tous les 2 jours, pour les enfants âgés de quelques mois ; tous les 4 jours pour les enfants de 4 mois à 1 an ; toutes les semaines, pour les plus âgés.

**Surveillance médicale.** — Elle est assurée tous les jours par le Docteur Lernout, médecin de la fondation.

### *Statistiques.*

Si on fait le bilan des entrées, des sorties, et des décès depuis la création de l'asile (12 Septembre 1907 au 10 Décembre 1919), on a :

| ANNÉES | ENTRÉES | SORTIES | DÉCÈS | RESTANTS |
|---|---|---|---|---|
| 1907 | 24 | 3 | 5 | |
| 1908 | 48 | 25 | 14 | |
| 1909 | 35 | 52 | 10 | |
| 1910 | 65 | 23 | 8 | |
| 1911 | 79 | 56 | 26 | |
| 1912 | 57 | 44 | 15 | |
| 1913 | 85 | 68 | 11 | |
| 1914 | 55 | 59 | 5 | |
| 1915 | 54 | 36 | 11 | |
| 1916 | 38 | 30 | 6 | |
| 1917 | 28 | 35 | 4 | |
| 1918 | 40 | 17 | 12 | |
| 1919 | 44 | 33 | 15 | 29 |
| Totaux... | 652 | 481 | 142 | 29 |

Ce qui fait une mortalité de 21,77 p. 100.
Voyons comment se décompose ces 142 décès.

| | |
|---|---|
| Maladies contagieuses | 46 |
| Gastro-entérite et athrepsie | 21 |
| Maladies des voies respiratoires | 25 |
| Convulsions et Méningite | 24 |
| Débilité | 5 |
| Infections cutanées | 2 |
| Adénopathie trachéo-bronchique | 4 |
| Sténose du pylore | 2 |
| Spasme de la glotte | 3 |
| Tuberculose | 4 |
| Mastoïdite | 1 |
| Coup de chaleur | 1 |
| Accidents syphilitiques | 2 |
| Fièvre typhoïde | 1 |
| Abcès retro-pharyngien | 1 |

**Etude des maladies contagieuses. — Rougeole.** — Pour ce qui concerne les maladies contagieuses, sur 46 cas, on a : rougeole 43; diphtérie 2; varicelle 1.

On voit donc que la rougeole a sévi d'une façon particulièrement intense à l'asile.

Analysons, année par année, ces cas de rougeole :

1907-1908 : un cas au lazaret, un décès.

1910 : Mars, un cas au lazaret, un décès.

1910 : Avril, deux cas au lazaret, pas de décès.

1910 : Décembre, épidémie au lazaret.

1911 : Janvier, cette épidémie envahit la salle du haut, 13 cas : 10 décès; l'asile est évacué du 15 Janvier au 28 Février.

1911 : Avril, 3 cas au lazaret, 3 décès.

1911 : Août, 3 cas au lazaret, 2 décès.

1911 : Décembre, 5 cas au lazaret, 3 décès.

1912 : Janvier, l'épidémie envahit la salle du haut, 10 cas, 4 décès. Fondation évacuée du 24 Janvier au 26 Mars.

1913 : Janvier, 5 cas au lazaret, pas de décès, l'épidémie envahit la salle du haut, 8 cas, 3 décès.

1913 : Mai, un cas au lazaret, 2 cas à l'infirmerie, 2 décès.

1913 : Juin, 3 cas au lazaret, 1 décès.

1914 : Mai, 1 cas au lazaret, 1 décès.

1914 : Décembre, 2 cas au lazaret, 2 décès,

1916 : Décembre, 2 cas au lazaret, pas de décès.

1917 : Décembre, 1 cas au lazaret, 1 décès.

1918 : Avril, 7 cas au lazaret, 3 décès; l'épidémie envahit la salle du haut, 7 cas, 1 décès.

1919 : Mars, 3 cas au lazaret, 1 décès ; l'épidémie envahit salles du haut et du bas, 13 cas, 4 décès.

Si on laisse de côté les cas isolés, on voit que l'épidémie a régné dix fois à l'asile ; 4 fois, elle est restée limitée au lazaret ; 4 fois elle a envahit la salle du haut ; 1 fois, l'infirmerie ; 1 fois, la salle du haut et du bas.

La Fondation a dû être évacuée 2 fois en 1911 et en 1912.

**Cause de ces épidémies.** — Une remarque importante : toujours la rougeole a été apportée par un entrant.

Avant d'admettre un enfant, une enquête est bien faite, comme nous l'avons dit, pour savoir si dans les trois semaines qui précèdent son admission, il n'y a pas eu de cas de rougeole dans son entourage.

Mais cette enquête est insuffisante ; c'est ainsi que par exemple, en Août 1911, il a été observé le lendemain du départ des enfants, un cas de rougeole à la crèche, dans un lit voisin de ceux envoyés à Médan.

Aussi M. Méry avait demandé dans chaque hôpital d'enfants des boxes individuels où l'enfant serait mis en surveillance pendant 21 jours.

Mais ce qu'il faut avant tout, c'est en présence d'un cas de rougeole à l'asile, être en mesure de combattre l'épidémie.

Or, avec la situation du lazaret et de l'infirmerie dans le même bâtiment que les autres salles, avec un lazaret et une infirmerie où chaque nourrisson n'est pas isolé, cette lutte est impossible.

Aussi, malgré toute la bonne volonté du personnel,

malgré l'emploi de la méthode de Milne, de la désinfection des salles, dans nombreux cas comme nous venons de le voir, on n'a pu enrayer la contagion.

Ce qu'il faut, c'est la création de pavillons isolés avec boxes individuels, l'un pour le lazaret, l'autre pour l'infirmerie.

**Les autres maladies contagieuses**. — Elles n'ont pour ainsi dire pas causé de décès.

En ce qui concerne la diphtérie, on note en Mai 1912, une infirmière. Pas de cas de contagion.

Novembre : 1912, 2 cas, 2 décès.

Janvier : 1913, 1 cas, 1 guérison.

A chaque fois on a fait une injection préventive de sérum à tous les enfants, les injections successives n'ont d'ailleurs amené aucun accident sérique sauf l'érythème chez deux enfants,

En ce qui concerne la varicelle, on note 2 cas avec 1 décès.

La coqueluche a fait son apparition deux fois en 1916 et en 1919. Elle a atteint une douzaine d'enfants à chaque épidémie, mais aucun décès ne s'en est suivi.

### *Moyens de diminuer la mortalité.*

Nous venons de voir que si nous étions armés contre les maladies contagieuses, la mortalité s'abaisserait de 21,77 p. 100 à 14,87 p. 100. Mais si on considère d'autre part le nombre des décès des enfants qui se sont produits dans les deux premiers mois de leur entrée à l'asile,

en éliminant ceux dûs à la rougeole, on voit qu'il s'élève à 51. Dans ce chiffre sont compris presque uniquement ceux dont l'état général n'est pas susceptible d'amélioration et les débiles au-dessous de 4 mois. Or, il est évident que l'asile de Médan ne permettant que l'allaitement artificiel, il est difficile d'y élever les débiles au-dessous de 4 mois. Pour cette catégorie d'enfants, le sein maternel est indispensable.

Si on diminue ces deux catégories, on permettra à d'autres enfants de profiter de la cure et la mortalité tombera de 14,87 p. 100 à 7,70 p. 100.

C'est ce taux qu'il faut arriver à ne pas dépasser à Médan.

***Étude détaillée des enfants entrés à Médan du mois d'Octobre 1914 à Décembre 1917.***

Pour étudier d'une façon plus détaillée les résultats de la pouponnière nous prendrons la période d'Octobre 1914 à Décembre 1917 où les maladies contagieuses ont été pour ainsi dire inexistantes.

Dans cette période, on note 143 entrées, 23 décès ; la mortalité est donc de 16,08 p. 100.

Sur les 143 enfants on a :

86 entrées de 1 à 2 ans avec 12 décès, soit 13,95 p. 100.

57 entrées de 0 à 1 an, avec 11 décès, soit 19,29 p. 100.

15 de ces décès sur 23 ont été observés dans les deux premiers mois de séjour. Ce qui montre encore une fois, l'énorme proportion des décès qui ne peuvent être imputés à l'asile.

Si, parmi les enfants de 0 à 1 an, on étudie les enfants à l'entrée, 38 étaient atteints de troubles digestifs, 10 avaient une hérédité tuberculeuse, 6 étaient convalescents de maladies infectieuses, 2 étaient hydrocéphales, 2 normaux.

Le séjour moyen pour les 46 survivants a été de 6 à 8 mois : 15 de 6 mois à 1 an ; 18 de 2 mois à 6 mois ; 13 de 1 mois à 2 mois.

Quant au poids, 101 enfants sur le total ont été rendus ou placés dans un état de santé satisfaisant avec une augmentation de poids dépassant la moyenne mensuelle normale.

Pour la taille, sur les 57 enfants de 0 à 1 an, 20 étaient normaux à l'entrée ; 6 avaient 2 centimètres de moins que la normale, 29 étaient beaucoup plus petits que la normale.

Le défaut de parallélisme entre l'atrophie pondérale et la croissance staturale est exceptionnelle (3 fois sur les 20 enfants à taille normale) ; le plus souvent aux petites tailles correspondent les petits poids.

A la sortie, 4 enfants sur 6 de la 2e série, 9 enfants sur 29 de la 3e série avaient retrouvé une taille normale.

L'évolution dentaire a été très singulièrement favorisée.

Au point de vue de la tuberculose, 27 enfants présentaient une hérédité tuberculeuse ; il y eut 4 décès, 21 ont bien profité.

Sur 12 enfants ayant perdu un de leurs parents de la tuberculose (mère dans 8 cas, père dans 3 cas, père et mère dans 1 cas) on a eu 1 décès par athrepsie.

Sur 15 enfants ayant eu un de leurs ascendants tuberculeux mais n'ayant pas perdu de parents, on note 3 décès, 1 stationnaire, 11 en bon état.

### *Résultats.*

Sur les 481 enfants sortants, une dizaine à peine ont été renvoyés aux Enfants-Malades ou repris par leurs parents. Il n'est pas douteux que plus de la moitié des enfants seraient disparus si on ne leur avait fourni l'alimentation et l'aération qu'ils ont trouvées à Médan.

Les résultats obtenus seront-ils suffisants pour faire des êtres ayant une véritable valeur sociale et pouvant regagner à peu près la situation de santé physique moyenne des enfants de la classe auxquels ils appartiennent?

Il ne semble pas douteux que sur ce point la réponse puisse être affirmative; sauf quelques exceptions, la majorité des enfants remis en bon état de santé se rapproche petit à petit de l'état de santé des enfants de leur âge.

Il est certain que cette progression est beaucoup plus lente que pour les êtres qui n'ont pas souffert et que c'est seulement dans le cours ou à la fin de la 2e année que le temps perdu peut être rattrapé. Mais il suffit de voir l'aspect des enfants au bout de leur cure pour être assuré qu'on a fait une œuvre qui peut être durable.

Certes, il ne faudrait pas s'arrêter en si bon chemin et ces enfants doivent être suivis encore quelques années. C'est ce que nous faisons en conseillant aux

parents de ramener leurs enfants à la consultation des Enfants-Malades. Mais il en est qui, sortis de Médan, reviennent dans leur famille habiter des logements exigus et même insalubres, au contact souvent d'un père et d'une mère tuberculeux, perdant ainsi le bénéfice de la cure. C'est pour ces petits déshérités qu'on a envisagé la question du *placement familial.*

Malheureusement, quelques-uns seulement en ont profité, car les ressources minimes en limitaient le nombre.

### *Utilité de créer des asiles analogues.*

Le Docteur Triboulet dans son rapport du 11 Mars 1913 à la Société de Pédiatrie, faisait ressortir l'utilité de créer des asiles analogues à Médan.

Dans sa statistique à la crèche de l'hôpital Trousseau où passent 800 enfants par an, 100 auraient pu profiter de la cure.

En comptant en moyenne 3 mois de séjour, disait-il, il suffirait de 30 lits comme strict nécessaire, soit un asile comme Médan pour subvenir au besoin des crèches de chaque hôpital d'enfants.

Signalons qu'à Boulogne-sur-Seine il existe un asile fondé par Mme Louise Gaut, dont le but est tout à fait comparable à celui de Médan.

## CONCLUSIONS

1° L'élevage des nourrissons dans les pouponnières peut rendre les plus grands services.

Ces œuvres apportent un remède à la crise qui sévit à l'heure actuelle dans le recrutement des nourrices mercenaires.

2° Il existe deux types de pouponnières : les pouponnières à allaitement mixte; les pouponnières à allaitement artificiel.

Il serait désirable que les premières ne reçoivent pas plus de 60 à 80 nourrissons avec 20 à 30 nourrices, les secondes 30 à 40 nourrissons.

3° Les pouponnières analogues à celle de Médan sont le complément indispensable des crèches d'hôpitaux.

On ne doit y admettre ni les débiles congénitaux, ni les débiles au-dessous de quatre mois auxquels le sein maternel est indispensable, et en général, réserver les places aux enfants atteints d'affections du tube digestif,

surtout, aux convalescents des maladies infectieuses et à cette catégorie de débiles créée par la présence de tuberculose au foyer familial.

4° Il serait désirable que ces pouponnières soient installées à la campagne pour avoir une aération suffisante et pour pouvoir s'approvisionner en lait frais.

La création d'un pavillon d'isolement, avec boxes individuels servant de lazaret, s'impose pour combattre l'apparition et le développement d'épidémies qui jusqu'ici représentent le plus gros risque dans l'élevage en commun des nourrissons.

Il faut de plus un personnel très au courant de la puériculture et une surveillance médicale étroite.

5° Il faudrait créer, à côté de ces pouponnières, un centre de placement familial pour que les enfants ayant profité de leur cure, puissent être séparés des foyers insalubres ou contaminés par la tuberculose.

Vu : le Président,
M. MARFAN

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ.

## BIBLIOGRAPHIE


**Aigre.** — Une pouponnière au grand air (*La Clinique*, Paris 1909, III, 42-43).

**Mme Cléret-Albessart.** — La Protection de l'Enfant au premier âge dans les centres ouvriers. (*Thèse de Paris*, 1917-1918).

**Armand-Delile.** — Le Placement familial des nourrissons débiles à la campagne. La Speedwell Société de New-York. *Le Nourrisson*, année 1919, n° 3).

**Deresse.** — Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter. (*Thèse de Paris*, 1913-1914).

**Marfan.** — Assistance aux nourrissons dans les grandes villes (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, séance du 20 Mai 1913).

— Protection des enfants du premier âge. (*Le Nourrisson*, année 1918, n° 5).

**Méry et Mlle Szczawinska.** — La pouponnière de Médan. Fonctionnement et résultats au 31 Décembre 1908. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*. Séance du 20 Avril 1909).

**Méry et Malhéné.** — La défense contre les maladies contagieuses à l'Asile de débiles de Médan. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*. Séance du 14 Janvier 1913).

**Méry.** — L'asile de nourrissons débiles de Médan pendant la guerre 1914-1917. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, Séance du 4 Février 1919, n° 5).

Péraldi. — Rôle des pouponnières dans la lutte contre la mortalité infantile. (*Thèse de Paris*, 1908-1909).

Raimondi. — Le rôle et l'avenir des pouponnières. (*Gazette Médic. de Paris*, Avril 1904, n° 7).

— Les pouponnières au point de vue médico-social. (*Gazette Médic. de Paris*, Août 1904, n° 33).

— Les pouponnières (*Médecin Praticien*, n° 34).

— Puériculture et pouponnières. (*Actualités médicales*, 1913).

P. Strauss. — Puériculture et pouponnières. (*Revue Philanthropique*, Paris 1902, 283-292).

Triboulet. — Rapport sur les améliorations à apporter au fonctionnement des crèches d'hôpital. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*. Séance du 11 Mars 1913).

Variot. — Les pouponnières. (*Brochure, 1916*).

Wallich. — Mesures urgentes à prendre contre la dépopulation. (*Revue Philanthropique*, n° du 15 Mai 1919).

Coulommiers. — Imp. Dessaint & Cie, 41, rue de Melun.